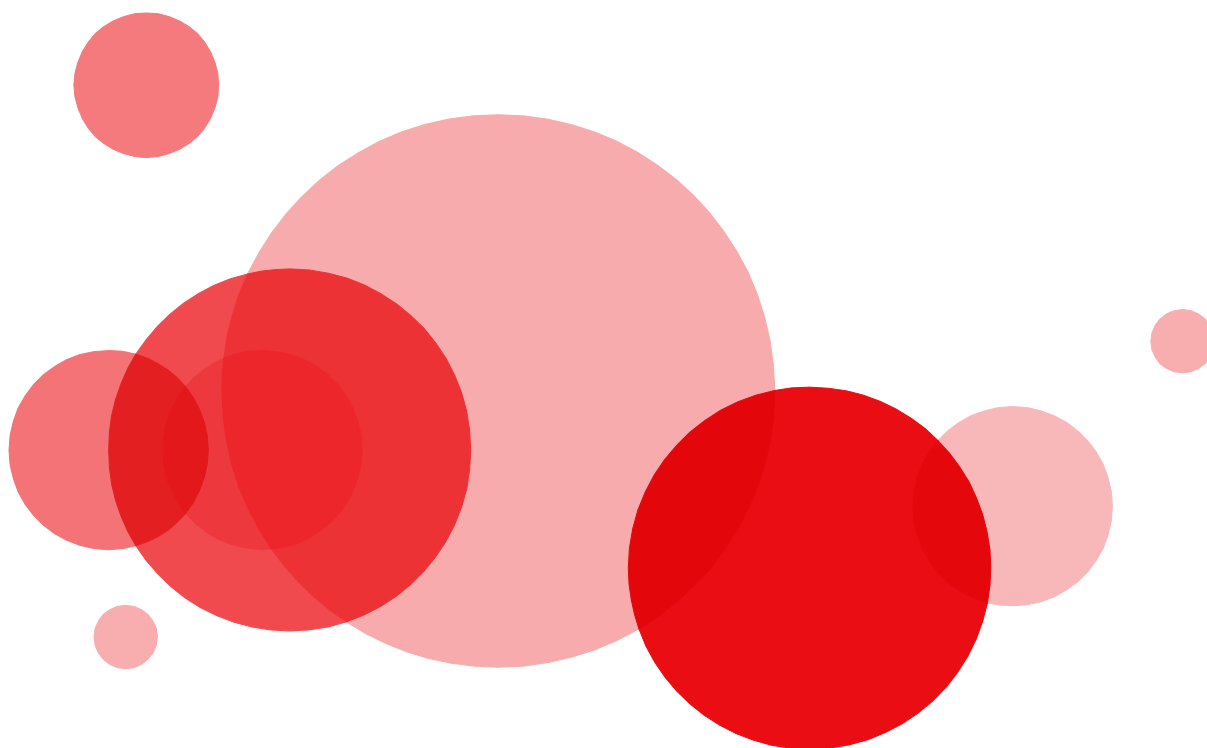


Oppdragsdokument 2014

Helse Vest RHF



Oppdatert: 28.1.2014



Innhold

1. Innleiing	3
2. Tildeling av midlar	4
3. Aktivitet	7
4. Tilgjenge og brukarorientering	7
5. Kvalitet og pasientsikkerheit	7
6. Personell, utdanning og kompetanse	9
7. Forsking og innovasjon	9
8. Styringsparametrar 2014	10
9. Oppfølging og rapportering	11

1. Innleiing

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet til disposisjon dei midlane Stortinget har løyvd til Helse Vest RHF for 2014. Helse Vest RHF skal utføre pålagde oppgåver og gjennomføre styringskrava innanfor dei rammene og ressursane som blir stilte til rådvelde i dokumentet. Departementet føreset at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2013–2014), Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014) og budsjettvedtaket i Stortinget.

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendige spesialisthelsetenester. Helse Vest RHF har ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Vidare har Helse Vest RHF ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir utført på ein god måte, og at desse oppgåvene underbyggjer god og forsvarleg pasientbehandling. Helse Vest RHF skal sikre tilstrekkeleg kompetanse i alle delar av spesialisthelsetenesta. Det skal leggjast vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjellar i aktuelle befolkningsgrupper, mellom anna innvandrargrupper. Pasientar og brukarar må kunne vere sikre på at tenestene er tilgjengelege, og at dei blir møtte med omsorg og respekt. I dette ligg at det skal brukast kvalifiserte tolkar når det er behov for det.

Samiske pasientars rett og behov for tilrettelagde tenester må etterspørjast og synleggjerast frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen, og når det blir teke avgjerder.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerheit er sentralt. Styret og leiinga i Helse Vest RHF har også eit ansvar for å følgje med på kvalitetsindikatorane som Helsedirektoratet publiserer, og eventuelt setje i verk tiltak for å forbetre kvaliteten i tenestene, jf. sak 7 Oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) – «Styrenes og ledelsenes ansvar for gjennomgang av virksomheten» i føretaksprotokoll av 24.5.2013 til Helse Vest RHF.

Hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Det er ei utfordring at mange pasientar ventar unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetenester der det er ledig kapasitet hos private aktørar. Helse Vest RHF må sørgje for meir bruk av private aktørar der dette bidreg til å redusere ventetidene på ein kostnadseffektiv måte. Helse Vest RHF skal raskt utnytte kapasitet innanfor eksisterande avtalar og innkjøpsregelverk, og dei private skal sikrast føreseielege og langsiktige avtalar når dei anskaffar.

Samhandlingsreforma, Nasjonal helse- og omsorgsplan og stortingsbehandlinga (Innst. 212 S (2009–2010) og Innst. 422 S (2010–2011)) utgjer eit overordna rammeverk og gir føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta. Gode pasientforløp og fleire tenester nær der pasientane bur, er sentrale mål. Dei regionale helseføretaka skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetenester der det er formålstenleg, og bidra til å utvikle og styrkje den kommunale helse- og omsorgstenesta. Viktige verkemiddel er samarbeidsavtalane og spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt overfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Omstilling av tenester innanfor somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som gjeld kommunar, skal skje samtidig slik at dei ikkje vert gjennomført før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillingane gir brukarane eit kontinuerlig og like godt eller betre tenestetilbod enn tidlegare. Det krev eit nært samarbeid mellom dei regionale helseføretaka/føretaka og kommunane, og brukarane og deira organisasjonar.

Tenestene innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal vere samordna og tilpassa pasientar med samansette lidingar. Det er eit mål at forpliktande

samhandling i tenestene blir styrkt, både innover i spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Pasientane bør helst få tilbod om tenestene nær der dei bur. Det er eit mål at poliklinisk oppbygging innanfor rusbehandling ikkje går ut over døgnbehandling der det trengst.

Følgjande nye strategiar og handlingsplanar frå Helse- og omsorgsdepartementet skal leggjast til grunn for utvikling av tenestetilbodet:

- Sammen – mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013-2017
- Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle, Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017
- NCD-strategi, For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft 2013-2017

Helsedirektoratet har ansvar for kvalitetsindikatorar. Eit utval av kvalitetsindikatorane er valde som styringsparametrar for departementet si oppfølging av dei regionale helseføretaka, jf. kap.8. Styringsparametrar skal gi eit mest mogleg samla bilete av kvalitet, pasientsikkerheit og brukarorientering i tenesta. Med bakgrunn i alle kvalitetsindikatorane skal Helsedirektoratet varsle departementet dersom indikatorane gir haldepunkt for kvalitetsbrest eller uønskt variasjon i kvalitet. I oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka vil departementet følgje opp dei valde styringsparametrane og andre kvalitetsindikatorar når det er nødvendig.

2. Tildeling av midlar

Grunnlaget for Helse Vest RHF's inntekter er i hovudsak løyvingssvedtak i Stortinget. Helse Vest RHF skal bruke midlane som blir stilte til rådvelde, på ein effektiv måte, og slik at dei kjem pasientane til gode. Helse Vest RHF skal basere verksemda si i 2014 på tildelte midlar i tabell 1. Plan for utbetalingar av tilskot kjem i eige brev.

Vi viser til helseføretakslova § 45 og Løyvingsreglementet § 10, der det står at departementet og Riksrevisjonen kan setje i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene.

Tabell 1. Tilskot til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post (i 1000 kroner)

Kap	Post	Nemning	Helse Vest RHF
732	70	Tilskot til helseføretaka (Omlegging av arbeidsgivaravgift)	26 752
	70	Tilskot til helseføretaka (Tilskot til turnusteneste)	6 300
	70	Tilskot til helseføretaka (Partikkelterapi)	15 500
	70	Tilskot til helseføretaka (Dropouts)	2 000
	70	Tilskot til helseføretaka (Prostatasenter)	3 100
	71	Kvalitetsbasert finansiering	93 900
	73	Tilskot til Helse Vest RHF	16 499 287
	76	Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, <i>overslagsløyving</i>	¹
	77	Refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehus, <i>overslagsløyving</i>	²
	78	Forsking og nasjonale kompetansetenester	167 100
	79	Raskare tilbake	98 600
781	79	Studie ME	2 000
782	70	Helseregister. Tilskot	5 500

¹ Posten er beskriven under tabellen.

² Posten er beskriven under tabellen.

Kap. 732, post 73 Basisløyving Helse Vest RHF

Basisløyvinga skal leggje grunnlaget for å realisere dei helsepolitiske målsetjingane i spesialisthelsetenesta. Midlar til vedlikehald av og investeringar i bygg og utstyr inngår i basisløyvinga.

Basisløyvinga blir styrkt med 48,4 mill. kroner til auka kjøp frå private verksemder innanfor områda psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Dette kjem i tillegg til målet innanfor TSB for 2014 på om lag 40 plassar frå ideelle verksemder.

Basisløyvinga blir styrkt slik at kjøpet av MR-undersøkingar frå private radiologiske verksemder kan aukast med 10 pst. Så langt som mogleg bør auka kjøp skje innanfor eksisterande avtalar slik at tiltaket får raskast mogleg verknad.

Departementet føreset at Helse Vest RHF inngår avtalar med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar. Det må også vurderast om det er behov for å kjøpe tenester utanfor eigen region. Eigendelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar er 128 kroner pr. døgn for opphald frå 1. januar 2014. Eigendelen gjeld også for dagopphald.

Helse Vest RHF skal setje av minst 84,5 mill. kroner av basisløyvinga til å etablere tilbod om døgnopphald som øyeblikkelig hjelp i kommunane, og bidra til at tilboda i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehusa. Tidspunkt for utbetaling av bidrag blir avtalt lokalt eller utbetalt når tilbodet startar opp. Nye tilbod om døgnopphald som øyeblikkelig hjelp er eit viktig verkemiddel for kommunane til å kunne påverke sjukehusforbruket. Slike tilbod i kommunane inngår ikkje i kommunal medfinansiering.

Betalingssatsen for kommunane for utskrivingsklare pasientar er 4255 kroner i 2014.

Helse Vest RHF skal setje av minst 3 mill. kroner av basisløyvinga til forskning om samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Midlar til «Barn som pårørande», kompetansentera for sikkerheits-, fengsels- og rettspsykiatri, rusmeistringseiningar i fengsel, soningseiningar for personar under 18 år og narkotikakontroll for domstolskontroll inngår i basisløyvinga og skal vidareførast på minst same nivå som i 2013. Midlar til Barn som pårørande er styrkte i 2014.

Dei driftsmessige konsekvensane for Nordfjord sjukehus som følgjer av prosjektet, skal etter prosjektperioden løysast innanfor dei økonomiske rammene som gjeld for Helse Vest RHF.

Dei regionale helseføretaka har hatt ansvaret for å dekkje medikamentkostnader til LAR. Frå 2014 får dei regionale helseføretaka også ansvaret for å dekkje utleveringskostnadene i LAR, med unntak for pasientar som oppfyller kriteria for å få utlevert medikament av kommunale tenester, slik det går fram av Prop. 1 S (2013–2014).

Finansieringa av dei tre kreftlækjemidla vemurafenib (Zelboraf), abirateron (Zytiga) og denosumab (Xgeva) blir flytt frå folketrygda til dei regionale helseføretaka, jf. omtale i Prop. 1 S (2013–2014).

I ressursramma blir det lagt til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga på om lag 2,6 pst. frå 2013 til 2014. Aktivitetsveksten på om lag 1,6 pst. (inkl. tilbod om døgnopphald som øyeblikkelig hjelp i kommunane) innanfor innsatsstyrt finansiering (post 76) og 6,5 pst. innanfor refusjonar for poliklinisk behandling (post 77) blir målt i forhold til prognosar per 1. tertial 2013 og september 2013. Dersom veksten i 2013 blir høgare enn dette, blir veksten i 2014 tilsvarande lågare. Den generelle veksten omfattar også behandling som i all hovudsak blir finansiert av basisløyvinga (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling).

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, overslagsløyving

ISF-satsen blir auka til 50 pst. Kap. 732, post 76 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over dei aktivitetsbaserte ordningane skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette inneber at departementet på førehand ikkje veit kor store utbetalingane over denne posten blir. I 2014 utgjer akontoutbetalingane over kap. 732, post 76 til Helse Vest RHF 4 724,5 mill. kroner.

Akontobeløpet er basert på ein prognose for aktivitet per 1. tertial 2013, og det er dette nivået det er lagt til rette for å vidareføre og auke med 1,6 pst. i 2014. Akontobeløpet er basert på ein anslått samla DRG-produksjon på 286 945 DRG-poeng. I aktivitetsbestillinga (målt i DRG-poeng) er det gjort fråtrekk for nytt døgntilbod for øyeblikkelig hjelp i kommunane. Dette er anslått til å utgjere om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikkje blir etablert tilbod i kommunane slik det er føresett, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskot (kap. 762, post 60) til Helse Vest RHF (kap. 732, post 70 og kap. 732, post 76). Akontoutbetalingane baserer seg på ein einingspris på 40 772 kroner.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk verksemd ved sjukehus o.l., overslagsløyving

Kap. 732, post 77 er ei overslagsløyving. Samla utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Ein aktivitet i tråd med Innst.11 S (2013–2014) tilseier ei utbetaling på 703 mill. kroner til Helse Vest RHF. Beløpet er basert på ein prognose frå rekneskapstal t.o.m. september 2013, og det er dette nivået som kan vidareførast og aukast i 2014. Samla sett tek løyvinga med i berekninga ein vekst i poliklinisk aktivitet på 6,5 pst.

Kap 732, post 78 Forsking

Tilskotet til forsking er styrkt med 21,9 mill. kroner til Helse Vest RHF. Midlane skal brukast til fleirregionale kliniske forskingsprosjekt forankra i alle dei regionale helseføretaka innanfor satsingsområda hjarte- og karsjukdommar (unikard), muskel- og skjelettplager, alvorlege psykiske lidningar, helsetenesteforskning, kreftforskning, nevrologiske sjukdommar inkludert demens (Nevronor), og dessutan smerte- og utmattingssjukdommar som CFS/ME, borreliose, fibromyalgi o.l.

Kap. 732 post 79 Raskare tilbake

Helse Vest RHF blir tildelt inntil 98,6 mill. kroner. Av desse skal 6,6 mill. kroner nyttast til dei arbeidsmedisinske avdelingane. Reell aktivitet innanfor ordninga avgjer dei endelege inntektene innanfor ramma. Departementet vil vurdere akontobeløpet i forhold til rapportert aktivitet innanfor ordninga.

Kap 781.79 Studie ME

Helse Vest RHF blir tildelt 2 mill. kroner som bidrag til ein klinisk multisenterstudie på ME (rituximab) i dei regionale helseføretaka gjennom NorCRIN-nettverket under leiing av Helse Vest RHF, jf. føringar i oppdragsdokumentet for 2012.

Kap 782, post 70 Helseregister. Tilskot

Helse Vest RHF blir tildelt 5,5 mill. kroner til Nasjonal IKT for å sikre at dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra får teke i bruk tekniske fellesløysingar. Midlane skal dekkje oppdragsfinansiering av eit avgrensa tal (tre til fem) likeverdige aktørar styrte av Nasjonal IKT og interregional styringsgruppe. Desse må tilfredsstillе felles krav og standardar.

3. Aktivitet

Mål 2014:

- Budsjettert aktivitet på ISF (kap. 732.76) og polikliniske refusjonar (kap. 732.77) er i tråd med bestillinga.

4. Tilgjenge og brukarorientering

Langsiktige mål:

- Reduserte ventetider.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Pasientar og brukarar opplever god kvalitet og service.
- Pasientar og brukarar medverkar aktivt i utforminga av eige behandlingstilbod.
- Pasientars og brukarars erfaringar blir brukte aktivt i utforming av tenestetilbodet.

Mål 2014:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.
- Ingen fristbrot.
- Redusert ventetid, auka kapasitet og god kompetanse innanfor brystrekonstruksjon for pasientar med brystkreft.
- Alle ventetider på frittisykehusvalg.no er oppdaterte månadleg.
- 80 % av kreftpasientane har starta behandling innan 20 dagar frå motteken tilvising
- Det er etablert minst eitt tverrfagleg diagnosecenter for pasientar med uavklart tilstand i kvar helseregion.
- Det er etablert minst eitt prostatasenter i Helse Vest.
- Det er gjennomført lokale pasienterfæringsundersøkingar på behandlingseiningsnivå, resultat er offentleggjorde på nettsidene til helseføretaka og aktivt følgde opp i tenesta.
- Det er etablert brukarstyrte plassar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling i alle helseføretak.
- Det er etablert fleire standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer for dei ulike fagområda.
- Det er oppnemnt koordinator for pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester.

5. Kvalitet og pasientsikkerheit

Langsiktige mål:

- Betre behandlingstilbod, auka overleving og mindre variasjon i resultat mellom sjukehusa.
- Helseføretaka har bidrege til å styrkje den kommunale helse- og omsorgstenesta, i tråd med intensjonen i Samhandlingsreforma.

- Helseføretaka har iverksett sentrale tilrådingar i relevante nasjonale faglege retningslinjer.
- Prosentdel på pasientskadar som kan førebyggjast, er redusert med 50 prosent innan fem år, målt ut frå GTT-undersøkinga for 2012.
- Sjukehusa tek seg av oppgåver innanfor psykisk helsevern som berre kan utførast på sjukehusnivå, dvs. sikkerheitsavdelingar, lukka akuttavdelingar og enkelte avgrensa spesialfunksjonar.
- Riktig og redusert bruk av tvang innanfor psykisk helsevern.
- Auka kapasitet i tilbodet til personar som er rusmiddelavhengige.

Mål 2014

- Tiltakspakkane i pasientsikkerheitsprogrammet inngår som ein del av den ordinære aktiviteten ved sjukehusa, og resultatata blir følgde opp i leiingslinja.
- Kvalitetsindikatorar og ventetider som blir rapporterte til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sjukehusval, er rapporterte på sjukehusnivå.
- Medisinske kvalitetsregister med nasjonal status har:
 - nasjonal dekningsgrad
 - omfattar pasientrapporterte effektmål
 - blir brukte til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbetningsarbeid og forskning.
- Det er etablert ein einenskapleg og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta.
- Det er etablert fleire tilbod om døgnopphald som øyeblikkelig hjelp i kommunane i samarbeid mellom helseføretak og kommunar.
- Det er høgare vekst innanfor psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det blir lagt til grunn at veksten innanfor psykisk helsevern skjer ved DPS og innanfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal byggjast ut og utrustast til å ta ansvar for gode akuttenester gjennom døgnet, ambulante tenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkninga sine behov for vanlege spesialisthelsetenester er dekte. Veksten blir mellom anna målt gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet.
- Prosentdel årsverk i DPS har auka i forhold til talet på årsverk innanfor psykisk helsevern i sjukehus.
- Prosentdel tvangsinnleggingar for helseregionen er redusert med 5 % samanlikna med 2013.
- Døgnkapasiteten innanfor TSB er auka med om lag 40 plassar utover den kapasiteten som gjeldande avtalar representerer for 2013. Plassane skal kjøpast frå ideelle verksemder. Plassane skal bidra til meir mangfald i behandlingstilbodet, sikre at alle regionar har avtalar om TSB-plassar der rusfridom er eit mål i behandlinga (ikkje LAR), og at det er tilgjengelege plassar innanfor behandlingmetoden terapeutiske samfunn i alle regionar. Innkjøpet skal gjerast så raskt som mogleg i 2014. Plassane skal kjøpast til følgjande pasientgrupper:
 - Langtidsplassar for rusavhengige
 - Pasientar med både rusproblem og psykiske lidingar
 - Akutt- og abstinensbehandling
 - Gravide/familiar med rusproblem
 - Unge med meir omfattande hjelpebehov
- Det er etablert eitt dropout-team for rusavhengige i Helse Vest.

- I samarbeid med kommunane og brukarorganisasjonane er det etablert eit effektivt og brukarorientert utgreiings- og behandlingstilbod for pasientar med langvarige smerte- og utmattingstilstandar der årsaka er uklar.
- Helse Vest RHF har inngått avtale med Helse Nord RHF om behandlingstilbod til samiske pasientar ved Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS).

6. Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål

- Tilstreккеleg kvalifisert kompetanse og betre utnytting av dei samla personellressursane.
- Utdanningsoppgåver er godt ivaretekne.
- Rekruttere, behalde og utvikle kompetanse hos medarbeidarar i spesialisthelsetenesta og sikre berekraftig utvikling.

Mål 2014

- Gjennomføre analysar og utarbeide planar for handtering av behov for personell. Særleg innsats må rettast mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tenestetilbod.
- Tilstreккеleg mange utdanningsstillingar for legespesialistar, også innanfor den nye spesialiteten i rus- og avhengigheitsmedisin som det er venta blir godkjend i 2014.
- Redusere omfanget av mellombelse stillingar i helseføretaka.
- Det er gjennomført oppgåvedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp.

7. Forsking og innovasjon

Langsiktige mål:

- Auka omfang av og iverksetjing av klinisk pasientretta forskning, helsetenesteforskning og innovasjonar som bidreg til auka kvalitet, pasientsikkerheit, kostnadseffektivitet og meir heilskapleg pasientforløp.
- Auka innovasjonseffekt av anskaffingar.
- Auka brukarmedverknad i innovasjon og i ulike fasar av forskinga.
- Fleire pasientar som får tilbod om å delta i kliniske studium.

Mål 2014:

- Det er etablert system for særskild relevansvurdering, i tillegg til kvalitetsvurdering, ved tildeling av tilskotsmidlar til forskingsprosjekt, som blir iverksette seinast i 2015. Relevans- og kvalitetsvurderingar skal brukast ved tildeling av 100 mill. kroner til nasjonale samarbeidsprosjekt på prioriterte fagområde, jf. kap 732, post 78.
- Dei regionale helseføretaka har i samarbeid initiert minst tre nye kliniske multisenterstudium på biotilsvarande legemiddel, ME (rituximab) og føflekkreft (ipilimumab) gjennom NorCRIN-nettverket eller Nordic Trial Alliance i 2014.
- Felles årleg resultatrapport synleggjer eksempel på korleis resultat frå forskning og innovasjon har bidrege til forbetra klinisk praksis/tenesteutøving, i tillegg til anna

resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengeleg statistikk om forskning og innovasjonsaktivitet (jf. vedlegg 3 i oppdragsdokumentet for 2013).

8. Styringsparametrar 2014

Som omtala i kap. 1 er styringsparametrar valde for å gi eit mest mogleg samla bilete av kvalitet, pasientsikkerheit og brukarorientering i tenesta. I oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka vil departementet følgje opp dei valde styringsparametrane og andre kvalitetsindikatorar når det er nødvendig. Styret og leiinga i Helse Vest RHF har eit ansvar for å følgje med på kvalitetsindikatorane som Helsedirektoratet publiserer, og eventuelt iverksetje tiltak for å forbetre kvaliteten i tenestene.

Tabell 2. Styringsparametrar 2014.

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Rapporteringsfrekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
<i>Tilgjenge og brukarorientering</i>				
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Under 65 dagar	Helsedirektoratet	Månadleg	Nei
Prosentdel fristbrot for rettighetspasientar	0 %	Helsedirektoratet	Månadleg	Nei
Prosentdel pasientar med tjukktarmkreft som får behandling innan 20 vyrkedagar	80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Prosentdel pasientar med lungekreft som får behandling innan 20 vyrkedagar	80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Prosentdel pasientar med brystkreft som får behandling innan 20 vyrkedagar	80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Brukarerfaringar for inneliggjande pasientar som får behandling i somatiske sjukehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Ja
<i>Kvalitet og pasientsikkerheit</i>				
30 dagars totaloverleving		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Ja
Sjukehusinfeksjonar		Folkehelseinstituttet	To gonger årleg	Ja
Prosentdelen tvangsinnleggingar (tal per 1000 innbyggjarar i helseregionen)	Redusert med 5 % samanlikna med 2013	Helsedirektoratet	Årleg	Ja
Prosentdel reinnleggingar innan 30 dagar av eldre pasientar		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Ja
Prosentdel pasientar 18–80 år innlagde med blodpropp i hjernen	20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Rapporteringsfrekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
og som har fått behandling med trombolyse				
Talet på vedtak i samarbeid mellom dei regionale helseføretaka om å innføre eller ikkje innføre ein ny metode, jf. nasjonale metodevurderingar i system for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta		Regionale helseføretak	Årleg	Nei
Talet på gjennomførte mini-metodevurderingar som er sende til Kunnskapssenteret sin database		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Nei
Prosentdel årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på høvesvis DPS og sjukehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årleg	Nei
Fastlegars vurdering av distriktpsikiatriske senter		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Nei
Pasienterfaringar med døgnopphald innan tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg	Nei

9. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåing på helsepolitiske mål. Det regionale helseføretaket har ansvar for at avvik frå gitte oppgåver og styringsparametrar blir melde til departementet når slike avvik blir kjende.

I årleg melding skal det rapporterast på korleis dei regionale helseføretaka har følgd opp Mål 2014 og Styringsparametrar 2014. Det skal ikkje rapporterast på langsiktige mål. Frist for innsending av den årlege meldinga frå styret er 15. mars 2015. Sjå vedlegg 1 til føretaksprotokoll til Helse Vest RHF av 7. januar 2014 for nærmare informasjon om kva som skal rapporterast til Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporteringa skal skje elektronisk til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 7. januar 2014



Bent Høie

Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfattar studium ved vidaregåande skular, høgskular og universitet der elevane/lærlingane/studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei vidaregåande skulane og for å sikre den retten kvar enkelt har til slik utdanning. I dei fleste fylke er det eit opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

VIDAREUTDANNING omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretak om praksisplassar. Ev. usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidlegare fastsett årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane. For 2014 endrar departementet styringa av dimensjonering for enkelte utdanningar frå aktivitetskrav til kandidatmåltal. Nedanfor følgjer Kunnskapsdepartementet sitt forslag til kandidatmåltal for 2014. Vi presiserer at kandidatmåltalet for kvar enkelt institusjon berre er eit minstekrav. Endelege tal står i KDs tildelingsbrev/tilskotsbrev for 2014 til utdanningsinstitusjonane og kan formidlast frå institusjonane i dei regionale samarbeidsorganana.

Helse - region	Høgskule Universitet	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK-sjukepleie	Jordmor
		Sjukepleie	Radio-grafi	Bio-ingeniør	Fysio-terapi	Ergo-terapi	Verne-pleie		
Helse Sør-Øst	Gjøvik	166	20					20	
	Hedmark	164						23	
	Lillehammer						57		
	Oslo/Akershus	492	34	50	134	51	141	120	34
	Østfold	109		22			61	20	
	Diakonova	83						28	
	Lovisenberg diak.	151						48	
	Diakonhjemmet	118				24	97		
	Univ. i Agder	203		21			35	25	
	Telemark	103					45		
	Vestfold og Buskerud	233	20					51	20
Helse Vest	Bergen Høgskole	172	25	23	57	29	71	41	32
	Sogn og Fjordane	110					21	20	
	Univ. i Stavanger	163						34	
	Stord/Haugesund	145						20	
	Betanien Diakonale	60						22	
	Haraldsplass diakonale høgskole	70							
Helse Midt-Norge	Molde	79					38		
	Nord-Trøndelag	169					30		
	Sør-Trøndelag	180	31	49	52	57	70	83	25
	Ålesund	104		24				31	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	139						26	
	Finmark	0							
	Harstad	62					64		
	Nesna	20							
	Narvik	33							
	Univ. i Tromsø	166	24	20	25	20		52	20
		3 493	153	209	268	180	734	664	131

Audiografutdanninga ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har kandidatmåltal 29.

Følgjande kandidatmåltal er fastsette for høvesvis medisin, psykologi og farmasi ved universiteta:

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
Universitetet i Oslo	192	96	55
Universitetet i Bergen	156	72	25
NTNU	114	55	
Universitetet i Tromsø	84	23	25

TURNUSTENESTE er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av RHF-a. Turnustenesta for legar vart endra med verknad frå 2013. Talet på turnusplassar for legar blir vidareført i 2014. Talet på turnusplassar for fysioterapeutar blir vidareført i tråd med auken i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

Sentral fordeling av nye legestillingar vart slutt 1. juli 2013. Helseregionane har framleis ansvar for å sørge for at det blir oppretta legestillingar i tråd med behova, i samsvar med den helsepolitiske styringsbodskapen og dei økonomiske rammene som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analysar av kompetansebehov framover skal leggjast til grunn for RHF-a si fordeling av legar til HF-a og fordeling mellom spesialitetar. RHF-a skal særleg vurdere behovet for legestillingar til spesialitetar der utdanningskapasiteten i dag blir rekna for å vere for låg, og spesialitetar der behovet for legespesialistar kjem til å endre seg i åra framover som følge av befolkningsutvikling, sjukdomsutvikling og organisatoriske endringar i helseføretaka. Stillingar i onkologi og patologi skal framleis prioriterast.

RHF-a skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til kvar tid er oppdatert.



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF

Deres ref

Vår ref

13/2799

Dato

27 .06.2014

Oppdragsdokument 2014 - tilleggskokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014)

Det vises til Oppdragsdokument 2014 av 7. januar 2014. Blant annet som følge av Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014), jf. Innst. 260 S (2013-2014), sender departementet ut et tilleggskokument for 2014. Det vises også til utbetalingsbrev for juli måned.

2. Tildeling av midler

Kap. 732, post 70 Transporttilbud for psykisk syke

Bevilgningen er styrket med 10 mill. kroner for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknytning til psykisk ustabile personer som kan håndteres av helsetjenesten uten politiets assistanse. Det vises til felles rundskriv fra Politidirektoratet og Helsedirektoratet revidert i 2012. Transport av psykisk ustabile personer handler for en vesentlig del om akuttfunksjoner. Det forutsettes derfor at de prehospitale tjenestene sees i sammenheng.

Bevilgningen videreføres i tre år under forutsetning av Stortingets årlige budsjettvedtak.

Prosjekter skal iverksettes etter følgende tildeling:

Helse Sør-Øst RHF: 4 mill. kroner (2 prosjekter)

Helse Vest RHF: 2 mill. kroner (1 prosjekt)

Helse Midt RHF: 2 mill. kroner (1 prosjekt)

Helse Nord RHF: 2 mill. kroner (1 prosjekt)

Mål for prosjektene:

- Tjenesten skal sikre verdighet for brukere og pårørende, ha høy faglig kompetanse og være effektiv.
- Tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transporten og å redusere omfanget av bruk av politi til pasienttransport.

- Forebygge unødvendige innleggelser i akuttavdeling, dvs at pasienten/familien så langt det er mulig og faglig forsvarlig får hjelp hjemme eller på kjent DPS-avdeling.
- Etablere et godt samarbeid med kommunale tjenester/legevakt, slik at helhet, samarbeid, oppfølging og behovet for kompetanse ivaretas.

Forutsetninger for prosjektmidler:

- Etablering av egne ambulanser for transport av psykisk ustabile personer skal vurderes som ledd i prosjektet.
- Det forutsettes at de ambulante funksjonene/teamene ved DPS i prosjektområdet er bemannet med psykiater og psykologspesialist (jf oppdragsdok 2013 og rapport fra Helsedirektoratet om ambulante akutteam, februar 2014), slik at det kan gjøres reelle vurderinger og gis adekvat behandling på stedet. Ambulansen forutsettes å være et redskap for akutteamet slik at det ambulante teamet normalt gjør første vurdering og avgjør videre tiltak hjemme, eventuelt innleggelse i DPS eller sykehus, samt vurderer behov for ambulanse og politi. Det vises til føringene i Prop 1 S Tillegg 1 (2013-2014) om organisering av psykisk helsevern, jf også oppdragsdokumentene for 2013 og 2014 om akuttfunksjoner ved DPS. Det er ikke til hinder for at alle ambulanser er organisert under AMK-sentralen på vanlig måte.

Innen 15. oktober 2014 skal det oversendes en plan for disponering av midlene.

Det skal rapporteres på midlene gjennom ordinær rapportering, jf. pkt. 9. Siste år (2016) skal inneholde en tre års oppsummering. Det skal rapporteres på omfang av politioppdrag, brukertilfredshet og omfang av akuttinnleggelser. Det forutsettes at helseforetakene samarbeider med politiet for å avklare registrering og omfang av politioppdrag. Rapportering og oppsummering skal gjøres i samarbeid mellom helseforetakene og aktuelle politidistrikt.

Kap. 732, postene 72-75, post 77 og kap. 2711, post 76 Polikliniske PET-undersøkelser
Polikliniske PET-undersøkelser inngår i de polikliniske finansieringsordningene for radiologi, jf. "Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak" og "Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter".

Etter gjeldende regelverk består refusjon for PET-undersøkelser av en fast refusjon for selve prosedyren og en refusjon for radiofarmakum etter regning. Fra 1. juli 2014 endres regelverket slik at en går bort fra regningsbasert godtgjørelse av radiofarmakum og over til fastsatt refusjon. Den del av kostnadene som ikke lenger refunderes etter regning overføres til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Dette innebærer følgende endringer:

Kap. 732, post 72 økes med 9,056 mill. kroner.

Kap. 732, post 73 økes med 3,18 mill. kroner.

Kap. 732, post 74 økes med 2,404 mill. kroner.

Kap. 732, post 75 økes med 2,13 mill. kroner.

Kap. 732, post 77 reduseres med 16,65 mill. kroner.

Kap. 2711, post 76 reduseres med 0,12 mill. kroner.

Kap. 732, postene 72-75 Tuberkuloseforebyggende arbeid

Rutinene for det tuberkuloseforebyggende arbeidet legges om fra 1. juli 2014:

- BCG-vaksinasjon av nyfødte i risikogruppen overføres fra sykehusene til helsestasjonene. Dette gir mindre utgifter for helseforetakene og mer for kommunene.
- En immunologisk test (IGRA) innføres som primærskanning for tuberkulosesmitte. Til nå har IGRA vært brukt som en sekundærttest (etter Mantoux). Dette fører til økte utgifter for sykehuslaboratorier, som utfører IGRA-testen, og mindre for kommunene som til nå har satt og lest av Mantoux-prøven.

Dette innebærer følgende endringer:

Kap. 732, post 72 økes med 0,531 mill. kroner.

Kap. 732, post 73 økes med 0,187 mill. kroner.

Kap. 732, post 74 økes med 0,141 mill. kroner.

Kap. 732, post 75 økes med 0,125 mill. kroner.

4. Tilgjengelighet og brukerorientering

Fritt behandlingsvalg

Reformen fritt behandlingsvalg bygger på tre søyler:

1. Økt valgfrihet for pasienten
Pasienten får rett til fritt behandlingsvalg.
2. Mer kjøp fra private gjennom anbud
Anbud skal være hovedkanalen for kjøp fra private og legge til rette for økt valgfrihet i sykehusvalg og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive.
3. Økt frihet for offentlige sykehus.
Den statlige aktivitetsstyringen fjernes fra 2015. Dette er et viktig virkemiddel for at de offentlige sykehusene skal kunne møte økt konkurranse fra private. Økt frihet for offentlige sykehus legger til rette for en løsning som ikke bare flytter køen mellom offentlige sykehus og private.

Reformen skal innføres i 2015. Det vises til høringsnotat av 16. juni 2014 med frist 16. september 2014. Helsedirektoratet skal forvalte ordningen og vil få i oppdrag, i samarbeid med RHF, å utrede og konkretisere ordningen. RHF bes om å bidra i dette arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet ber i tillegg de regionale helseforetakene om å utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud, jf. omtale av dette i høringsnotatet. Vi ber om forslag til slik strategi innen 1. november 2014.

Styrking av abortmottak i spesialisthelsetjenesten

Departementet viser til høringsnotat om reservasjonsordning for fastleger og til brev av 7. februar 2014 til regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal kvalitetssikre og styrke tilbudet til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere et felles nasjonalt grønt nummer (Helsenorge 800HELSE (800 43 573)). Kvinner som ønsker det skal også kunne settes direkte over fra det grønne nummeret til aktuell sykehusavdeling. De regionale helseforetakene skal sørge for at det på de aktuelle sykehusenes nettsider gis tydelig informasjon om hvor kvinnen skal henvende seg hvis hun vurderer abort eller har andre spørsmål under svangerskapet. Det

aktuelle telefonnummeret kvinnen skal ringe skal være godt synlig, og gjerne linket til en nettside med generell informasjon om abort, for eksempel helsenorge.no. De regionale helseforetakene skal sørge for at det nasjonale grønne nummeret har oppdatert informasjon om de aktuelle sykehusenes tilbud, herunder viktig kontaktinformasjon. Videre skal de regionale helseforetakene sørge for at kvinner som vurderer abort og som henvender seg direkte til sykehuset, får tilbud om informasjon og veiledning, jf. abortloven § 2 første ledd, abortloven § 5 og abortforskriften § 2.

Implementering av pakkeforløp for kreft fra 2015

Det skal innføres 30 pakkeforløp for kreft i løpet av 2015. Pakkeforløp for de fire kreftformene brystkreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft skal implementeres fra 1. januar 2015. De øvrige pakkeforløpene skal implementeres innen utgangen av 2015. Helsedirektoratet koordinerer arbeidet med en implementeringsplan for pakkeforløp i sykehusene, og de regionale helseforetakene bes om å bidra i dette arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet ber videre de regionale helseforetakene om allerede nå å starte arbeidet med å forberede implementering av pakkeforløpene fra 1. januar 2015, herunder:

- Etablere forløpskoordinatorer i alle sykehus som utreder og behandler kreftpasienter, og gi disse nødvendige fullmakter slik at forløpstidene kan overholdes. Forløpskoordinatorene må være på plass før pakkeforløpene innføres fra januar 2015.
- Sikre utrednings- og behandlingsskapasitet i helseforetakene innen januar 2015.
- Sikre en organisasjons- og ledelsesstruktur i helseforetakene som sørger for nødvendig samarbeid internt i det enkelte helseforetak, mellom ulike helseforetak og mellom helseforetak og fastlegene.

Departementet vil følge opp dette i oppdragsdokumentet for 2015.

9. Oppfølging og rapportering

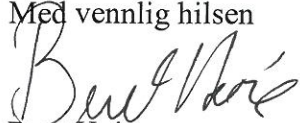
Regionale helseforetak må ta høyde for punktene over i rapporteringen for oppdragsdokument 2014.

Regjeringen ønsker å redusere og fjerne tidstyver i offentlig sektor. Formålet er både å gjøre møtet med det offentlige enklere for innbyggere og næringsliv, og effektivisere offentlig sektor slik at ansatte i offentlig sektor kan få mer tid til kjerneoppgaver og øke kvaliteten i oppgaveløsningen. Underliggende statlige virksomheter er innen 1. september 2014 bedt om å foreslå forenkling av regelverk eller prosedyrekrav osv. fastsatt av andre som skaper "tidstyver" for virksomheten.

Departementet inviterer også RHF til innen 1. september 2014 å foreslå forenkling av regelverk eller prosedyrekrav osv. fastsatt av andre som skaper "tidstyver" for virksomheten. Difi har utarbeidet et verktøy som kan benyttes for å rapportere tidstyver inn til sitt departement. Det er frivillig å benytte denne løsningen. Verktøyet finnes

her: <http://tidstyv.difi.no/>. Mer info finnes også på Difi sine vanlige sider, se <http://www.difi.no/tidstyver-i-forvaltningen>.

Med vennlig hilsen



Bent Høie

Kopi: Riksrevisjonen

